

b) Andere Zivilgerichte

6. BGB § 611 (Einsichtsrecht des Patienten in psychiatrische Krankenunterlagen)

1. Der Patient hat grundsätzlich ein Recht auf Einsicht in seine Krankenunterlagen. Dieses Einsichtsrecht folgt aus der in erster Linie im Interesse des Patienten bestehenden Aufzeichnungspflicht des Arztes.

2. Die Informationspflicht des Arztes umfaßt bei psychiatrischer Behandlung auch die Grundlagen der Diagnose und im Grundsatz auch den Weg, der zur Diagnose geführt hat und den der Patient im Zuge der Behandlung ohnehin selbst erlebt hat, wenn das auch von ihm vielleicht nicht oder nur teilweise verarbeitet worden ist.

3. Ebenso wie der Patient die Behandlung trotz Hinweises auf die Folgen einer Nichtbehandlung ablehnen darf, also die Freiheit hat, sich insoweit selbst zu schädigen, muß ihm auch die Freiheit und das Recht zustehen, sich durch Kenntnisnahme von der Wahrheit zu schädigen, wenn er das will.

KG, Urt. v. 1. 6. 1981 – 20 U 96/81 (nicht rechtskräftig)

Zum Sachverhalt: Der Kl. war nach einer im April 1977 aufgetretenen psychischen Störung zunächst einige Monate in psychiatrischer Behandlung im Krankenhaus X und vom Juni bis August 1977 ebenfalls in stationärer Behandlung in der psychiatrischen Klinik der Bekl., wohin er sich selbst begeben hatte. Diagnostiziert wurden nach dem nicht bestrittenen Vorbringen des Kl. eine „endogene Psychose“ oder „Schizophrenie“ oder ein „paranoides-halluzinatorisches Syndrom“. Der Kl. ist Diplom-Pädagoge und arbeitet an einer Dissertation. Die psychiatrische Klinik der Bekl. fertigte über die Behandlung Krankenunterlagen an und verwandte dabei auch die Angaben von ihr befragter Angehöriger des Kl., zumindest der Mutter des Kl. Der Kl., der den Inhalt der Krankenunterlagen auch für seine Dissertation verwerten will, hat von der Bekl. Einsicht in die Krankenunterlagen im wesentlichen mit der Begründung verlangt, er benötige die Unterlagen einerseits für seine Dissertation, zugleich aber auch zur Verarbeitung und Aufarbeitung seiner Erkrankung, wobei er versuche, sein individuelles Leiden vielleicht allgemeiner zu erklären. Sämtliche beteiligten Angehörigen haben die Bekl. von ihrer Schweigepflicht entbunden und gefordert, daß dem Kl. Einblick in die über ihn geführten Behandlungsunterlagen gewährt werde. Die Bekl. hat die Einsicht in die Krankenunterlagen verweigert. In einem Verwaltungsrechtsstreit vor dem VGH hatte der Kl. ebenfalls Einsicht in die ihn betreffenden Krankenunterlagen aus der Behandlungszeit im Krankenhaus X gefordert. Nachdem die dortige Bekl. sich bereit erklärt hatte, dem Kl. Einsicht in die Krankenpapiere zu gewähren, ist der beim VG anhängig gewesene Rechtsstreit in der Hauptsache für erledigt erklärt worden. Dem Kl. sind die Kosten des Beschwerdeverfahrens auferlegt worden. Der Kl., der inzwischen Einsicht in die beim Krankenhaus X über ihn vorhandenen Behandlungsunterlagen genommen hat, hat – nachdem das VG den jetzt zu entscheidenden, zunächst dort anhängig gemachten Rechtsstreit an das LG verwiesen hatte – beantragt, die Bekl. zu verurteilen, ihm Einsicht in die während seiner Behandlung in der psychiatrischen Klinik in der Zeit vom Juni bis August 1977 angefallenen Krankenakten zu gewähren.

Das LG hat die Bekl. antragsgemäß verurteilt. Die Berufung hatte keinen Erfolg.

Aus den Gründen: ... Das LG hat der Klage mit Recht stattgegeben. Denn dem Kl. steht ein Anspruch auf Einsichtnahme in die anlässlich seines Aufenthaltes in der Klinik gefertigten Krankenunterlagen und auch in die anlässlich der ambulanten Nachbehandlung gefertigten Unterlagen zu, der sich als Nebenanspruch des Patienten aus dem Arzt- bzw. Krankenhausbehandlungsvertrag ergibt.

Ob und unter welchen Voraussetzungen dem Patienten ein Einsichtsrecht in die anlässlich seiner Behandlung gefertigten ärztlichen Behandlungsunterlagen und Krankenakten zusteht und ob und gegebenenfalls unter welchen Voraussetzungen einem zu bejahenden Einsichtsrecht Ausschlussstatbestände entgegenstehen können, ist seit Jahren vom medizinischen und juristischen Standpunkt aus mit mehr oder weniger unterschiedlichen Ansatzpunkten im Gespräch, wobei jedenfalls in der rechtlichen Beurteilung in den letzten Jahren ein starker Meinungsumschwung zugunsten eines weitgehenden und möglichst uneingeschränkten Einsichtsrechts stattgefunden hat (vgl. zum Meinungsstand bis Ende 1978 im einzelnen eingehend Lenkatis, Krankenunterlagen aus juristischer, insbesondere zivilrechtlicher Sicht, Dissertation, in: Bochumer juristische Studien Nr. 8, S. 136 ff.,

178 ff., 185 ff.). Während früher ebenso wie bei der Frage einer Dokumentationspflicht eine die besonderen Rechte des Arztes betonende Ansicht das Einsichtsrecht und die Dokumentationspflicht weitgehend ablehnten, wird beides heute unter Berücksichtigung insbesondere auch des Selbstbestimmungsrechtes mehr und mehr bejaht, nachdem der BGH im Urteil vom 27. 6. 1978 (NJW 1978, 2337 [2338, 2339]) ausdrücklich die bisherige Ansicht, daß Aufzeichnungen des Arztes nur eine interne Gedächtnisstütze seien und daß zu ihrer sorgfältigen und vollständigen Führung dem Patienten gegenüber keine Pflicht bestehe, aufgegeben und die Führung ordnungsmäßiger Krankenunterlagen als eine dem Arzt dem Patienten gegenüber obliegende Pflicht bezeichnet hat. Hierzu hat der BGH gemeint, die Pflicht zur Dokumentation sei wenigstens in dem Umfang, in dem sie sich auch schon aus allgemeitherapeutischen Erwägungen anbiete, dem Arzt auch außerprozedural ähnlich der Rechenschaftspflicht aufzuerlegen, die bei der Verwaltung fremden Vermögens besteht. Hieran anknüpfend haben u. a. das LG Göttingen (NJW 1979, 601), das LG Limburg (NJW 1979, 607), Wasserburg (NJW 1980, 617 ff.), Schreiber (NJW 1980, 630), das OLG Bremen (NJW 1980, 644) sowie Deutsch (NJW 1980, 1305 ff.) und Uhlenbruck (NJW 1980, 1339) das Einsichtsrecht des Patienten zumindest nach Abschluß der Behandlung zum Zwecke der Prüfung und Vorbereitung eines Haftpflichtprozesses grundsätzlich bejaht, wobei die Anspruchsgrundlage überwiegend als Nebenanspruch aus dem Arzt- bzw. Behandlungsvertrag abgeleitet worden ist.

Der Senat folgt der ein Einsichtsrecht in Krankenpapiere als Nebenanspruch aus dem Arztvertrag – ein Anspruch auf Einsicht nach dem Datenschutzgesetz scheidet aus, weil das Datenschutzgesetz in §§ 13, 26 lediglich einen schriftlichen Auskunftsanspruch, jedoch kein Einsichtsrecht gewährt – grundsätzlich bejahenden Ansicht aus den nachstehenden Gründen: Das Verhältnis zwischen Arzt und Patient war – wie weitgehend allgemein bekannt ist und deshalb keiner ins einzelne gehenden Erörterung bedarf – ein jedenfalls auch auf mythologischen Wurzeln beruhendes Unterwerfungsverhältnis, bei dem das Handeln der Ärzte einer von außen kommenden Kritik deshalb nicht unterzogen wurde, weil es angesichts der nahezu von niemandem in Zweifel gezogenen Stellung des Arztes und seines besonderen Fachwissens als selbstverständlich galt, daß der Arzt aufgrund seiner Ausbildung, seines Wissens und seines hippokratischen Eides alles tue, um den leidenden Unwissenden zu helfen, und daß die „Unwissenden“ dazu ohnehin nichts sagen können. Mit diesem Bewußtsein lieferte sich der Patient dem allein darum, was zu tun sei, wissenden und bestimmenden Arzt aus, ohne die Kenntnisse und Fähigkeiten sowie die Richtigkeit der indizierte Behandlung in irgendeiner Weise in Frage stellen zu können. Bei einem derartigen – ohne jede Wertung dargestellten – Verhältnis des Arztes zum Patienten stellte sich früher die Frage der Einsicht in ärztliche Aufzeichnungen durch den Patienten nicht, sie erschien vielmehr eher vermessen oder gar abwegig.

Dieses Arzt-Patient-Verhältnis hat sich im Zuge einer weit verbreiteten Änderung von Ansichten und Einsichten auch in Deutschland in den letzten Jahrzehnten und besonders in den letzten Jahren weitgehend und einschneidend verändert. Die Ursachen hierfür sind mannigfaltig und vielschichtig. Die Entwicklung der modernen Medizin mit ständig fortschreitender Mechanisierung und Technisierung, die Entwicklung der Massenkommunikationsmittel mit der oft damit verbundenen Meinung, richtig informiert zu sein, die starke Betonung der Rechte des einzelnen und die damit auch verbundene Entwicklung zur „offenen“ Gesellschaft haben – ohne daß es einer weiteren Aufzählung der gewiß nicht abschließenden und hier nicht zu bewertenden Ursachen bedarf – jedenfalls zu einer versachlichten und rationaleren Anschauung geführt, bei der die früheren Ansichten immer mehr an Boden verloren haben. Das auf dem Verhältnis der Über- und Unterordnung beruhende Verhältnis des Arztes zum Patienten ist dabei mehr und mehr zu einem Verhältnis zwischen Gleichgeordneten geworden, das neben der persönlichen menschlichen Beziehung ganz wesentlich auch als (rechtliches) Vertragsverhältnis betrachtet wird, bei dem der eine Vertragspartner – ebenso wie bei anderen Dienstverträgen – sich des Wissens, der Kenntnisse, Erfahrungen, Hilfsmittel und Dienste des anderen Partners gegen vertragsgerechte Bezahlung bedient und dessen individuelle Ausgestaltung von den Beteiligten abhängt. Daß dabei heute ebenso wie früher einerseits das Vertrauen des Patienten zum Arzt und andererseits die Verpflichtung des Arztes zur Hilfe und sein Bemühen zum Wohl des Patienten auch unter

sittlich-ethischen Gesichtspunkten vorhanden sein müssen, um eine den beiderseitigen Erwartungen entsprechende Heilbehandlung mit dem bestmöglichen Erfolg zu erzielen, ist selbstverständlich und ändert nichts daran, das Arzt-Patient-Verhältnis ebenso wie andere Vertragsverhältnisse, die Vertrauen und Helfen-Wollen voraussetzen und erfordern, als normales (Dienst-) Vertragsverhältnis zu betrachten. Die beschriebene sachlichere, rationellere und entmythologisierte Wertung und Einordnung des Arztes und des Arzt-Patienten bzw. Patienten-Arzt-Verhältnisses mit der Gleichordnung der daran Beteiligten als Vertragspartner führt jedenfalls hinsichtlich der rechtlichen Beurteilung zu einer dieser Gleichordnung entsprechenden Bestimmung der gegenseitigen Rechte und Pflichten, die in ihren Grundsätzen bereits in vieler Hinsicht unumstritten sind und auch für das streitige Einsichtsrecht des Patienten in Behandlungsunterlagen aussagekräftig ist.

Zur Untersuchung und zur Therapie bedarf der Arzt der Zustimmung des Patienten. Diesem schuldet er Aufklärung und Information über den Befund, die Verlaufsmöglichkeiten (Prognose) und die Behandlungsaussichten sowie über die Risiken der von ihm gebotenen Therapie. Diese Aufklärung hat sich an den im konkreten Fall vorliegenden Gegebenheiten auszurichten (vgl. BGH, NJW 1961, 2203 [2204]). Sie muß also, was selbstverständlich ist, auf die zu behandelnde Erkrankung des Patienten bezogen sein, etwaige Komplikationen, die sich aus einer besonderen Konstitution des Patienten ergeben, mit umfassen (BGH, VersR 1956, 406) und auch die konkreten Verhältnisse des Krankenhauses, in dem die Behandlung erfolgt (vgl. BGH, NJW 1978, 587 m. w. Nachw.), sowie die Erfahrung und das Können des behandelnden Arztes (BGH, NJW 1961, 2203 [2204]) mit berücksichtigen. Auf der Basis dieser konkreten Situation ist der Patient durch den Arzt in groben Zügen mit der Art der beabsichtigten Behandlung und insbesondere auch über die Art und die Tragweite eines Eingriffes vertraut zu machen. Ferner ist über die Risiken der beabsichtigten Therapie aufzuklären, um dem Patienten auch die Möglichkeit der Entscheidung darüber zu geben, ob er sich nach Abwägung des Für und Wider einer bestimmten Behandlung unterziehen will oder nicht. Schon daraus folgt, daß der Arzt bei seiner Behandlung nicht gegen den Willen des Patienten handeln darf, da dieser weitgehend und überwiegend selbst über sich bestimmen darf. Der von Professor Dr. A, der neben Professor Dr. B für die Bkl. von dem Senat im Termin zur mündlichen Verhandlung am 1. 6. 1981 gehört worden ist, hervorgehobene Gegensatz zwischen „salus aegroti“ (Wohl des Kranken), dem der Arzt in erster Linie verpflichtet sei, und dem dementsprechend weniger zu beachtenden „voluntas aegroti“ (Willen des Kranken) mag möglicherweise in Extrem- und Grenzfällen, die hier mangels tatsächlicher Anhaltspunkte nicht erörtert zu werden brauchen, eine zu beachtende Rolle spielen, vermag jedoch nichts daran zu ändern, daß der Patient grundsätzlich und grundgesetzlich (vgl. Art. 2 GG) über sich selbst zu bestimmen berechtigt ist.

Bei seiner die Behandlung des Patienten betreffenden Tätigkeit ist der Arzt nach heute einstimmiger Ansicht, wie auch in den ärztlichen Berufsordnungen allgemein anerkannt ist (vgl. dazu BGH, NJW 1978, 2337 [2339] m. w. Nachw.), auch zu angemessener Dokumentation verpflichtet, eine Pflicht, die schon wegen der Begrenztheit des menschlichen Gedächtnisses erforderlich ist, die es bei einer Vielzahl von Patienten dem Arzt unmöglich macht, ohne umfassende Aufzeichnungen die dem Patienten gegenüber vertraglich übernommenen Pflichten zu erfüllen. In den Aufzeichnungen werden gewöhnlich neben dem Aufnahmegrund – dieser allerdings nur bei Klinik-, Anstalts- oder Krankenhausaufenthalt – die Anamnese, die verschiedenen erhobenen Befunde, die Therapie und deren Wirkungen (Krankheitsverlauf) und die Schlußbeurteilung vermerkt. Sie sind für die Behandlung, die gegebenenfalls erforderliche Weiterbehandlung durch andere Ärzte und mögliche spätere Behandlungen von so wesentlicher Bedeutung, daß an die Sorgfalt bei der Erstellung und an die Lückenlosigkeit erhebliche Anforderungen zu stellen sind. Diese Aufzeichnungen stellen nicht nur eine interne Gedächtnisstütze des Arztes dar, sondern dienen ganz wesentlich und in erster Linie dem Interesse des Patienten, um dessen Wohl und Wehe es geht (vgl. BGH, NJW 1978, 2337 [2339]). Lediglich eine Gedächtnisstütze des Arztes können die Aufzeichnungen schon deshalb nicht sein, weil sie vieles enthalten, was der Arzt gar nicht selbst festgestellt hat, wie z. B. Labor- und Röntgenbefunde sowie Befunde eingeschalteter Spezialisten. Gewiß dienen die Aufzeichnungen auch dem Interesse des Arztes, denn er kann z. B. auf sie zurückgreifen, um im Einzelfall festzustellen, was –

gegebenenfalls vor längerer Zeit – bei einem bestimmten Patienten getan worden ist, und um erforderlichenfalls auch den Nachweis führen zu können, daß er seine Aufklärungspflicht erfüllt und die erforderlichen Zustimmungen des Patienten zur Behandlung eingeholt hat.

Aus dieser danach in erster Linie im Interesse des Patienten bestehenden Aufzeichnungspflicht des Arztes folgt das grundsätzliche Einsichtsrecht des Patienten. Ist der Arzt nämlich jedenfalls auch und überwiegend im Interesse des Patienten zur Aufzeichnung verpflichtet und schuldet er dem Patienten umfassende Information, muß dem Patienten folgerichtig auch die Einsicht offenstehen, zumal diese dem Patienten für ihn Neues ohnehin nicht offenbaren kann, wenn der Arzt ihn umfassend und pflichtgemäß informiert hat. Eines besonderen rechtlichen oder berechtigten Interesses des Patienten bedarf es dazu nicht. Denn das die Einsicht rechtfertigende Interesse ergibt sich aus dem keiner Darlegung bedürftigen Interesse jedes Patienten an sich selbst. Er hat sich selbst dem Arzt anvertraut, ja sich ihm angesichts dessen vom Patienten in der Regel nicht überschaubaren Fachwissens gleichsam ausgeliefert und will weiter nichts als die über ihn gewonnenen Erkenntnisse erfahren, die aufzuzeichnen und mitzuteilen sein Vertragspartner ohnehin verpflichtet ist. Ob es dabei angesichts der Aufgaben, der Verpflichtungen, der Rolle und des Selbstverständnisses des Arztes vertretbar und angemessen ist, diesen hinsichtlich der Dokumentations- und Aufzeichnungspflicht mit einem Vermögensverwalter zu vergleichen (vgl. BGH, NJW 1978, 2337 [2339]; OLG Bremen, NJW 1980, 644), mag zweifelhaft sein, kann jedoch dahinstehen, denn entscheidend ist, daß der Patient ein vertragliches Recht darauf hat, die über ihn getroffenen Feststellungen und die ihn betreffenden Maßnahmen im einzelnen zu erfahren, ebenso wie das bei anderen Vertrauen voraussetzenden Vertragsverhältnissen der Fall ist. Gewiß wird das Verlangen nach Einsicht in die Aufzeichnungen oft ein Anzeichen für Mißtrauen oder doch mangelndes Vertrauen sein. Das ist jedoch einerseits nicht zwingend, da die Information durch den Arzt z. B. schon aus Zeitmangel nur cursorisch ausgefallen sein kann, und andererseits kein rechtlich zu beachtender Umstand, zumal die ausführliche Information und die Einsicht gerade Zweifel beseitigen und in Zweifel geratenes Vertrauen wiederherstellen kann.

Daß dem Patienten ein Recht auf Einsicht in die ärztlichen Aufzeichnungen zusteht, ist im übrigen schon seit langem dann unumstritten, wenn ein Behandlungsfehler behauptet wird. Führt früher nur der Weg eines Strafverfahrens zur Offenlegung der Aufzeichnungen und Unterlagen des Arztes, so müssen jetzt diese Aufzeichnungen und Unterlagen auch im zivilrechtlichen Schadensersatzprozeß vorgelegt werden, sofern sich der Arzt nicht von vornherein in die Rolle des wahrscheinlich Unterliegenden begeben will. Kann aber der Patient, der sich falsch oder fehlerhaft behandelt glaubt, die ärztlichen Aufzeichnungen einsehen bzw. im Schadensersatzprozeß zur Einsicht gelangen, ist das Einsichtsrecht an sich bejaht. Umso mehr muß der Patient Einsicht haben, der „nichts weiter“ als – und wenn möglicherweise auch nur zunächst – Klarheit über sich selbst und die an ihm vorgenommene Behandlung erlangen will. Dieses Einsichtsrecht des Patienten folgt nach alledem aus dem Behandlungsvertrag, ohne daß es dafür besonderer gesetzlicher Vorschriften bedarf. Insbesondere kann dahinstehen, ob und inwieweit die Vorschrift des § 810 BGB bedeutsam ist, was zumindest zweifelhaft sein kann, da § 810 BGB erfordert, daß die Urkunde dazu bestimmt ist, einer Person als Beweismittel zu dienen oder doch zumindest ihre rechtlichen Beziehungen zu fördern (BGH, Betr 1971, 1416).

Hat nach alledem der Patient grundsätzlich ein Recht auf Einsicht in die ärztlichen Aufzeichnungen, so sind doch im Einzelfall oder für Gruppen von Fällen Umstände denkbar, die einer Einsicht entgegenstehen könnten. Als solche Umstände können die Besonderheiten bestimmter medizinischer Fachgebiete, therapeutische Gründe (therapeutisches Privileg), die Rechte Dritter oder die Rechte des Arztes in Betracht kommen. Ausführungen darüber, daß das hier betroffene medizinische Fachgebiet der Psychiatrie gegenüber anderen Fachgebieten der Medizin eine ganze Reihe von Besonderheiten aufweist und daß diese Besonderheiten sich auch auf die ärztlichen Aufzeichnungen über eine psychiatrische Behandlung auswirken, bedarf es nicht. Ohne diese Besonderheiten im einzelnen zu werten, kann verallgemeinernd – so

umstritten der Bereich im einzelnen auch sein mag – jedoch festgestellt werden: In der Psychiatrie kommen der Person, der Auffassung, der Lehrmeinung, dem Einfühlungsvermögen und den Aktionen des Arztes zentrale Bedeutung zu. Hier offenbart der Arzt mehr von sich und seiner Persönlichkeit als sonst. Dementsprechend unterscheiden sich psychiatrische Behandlungsunterlagen von anderen ärztlichen Aufzeichnungen nicht unerheblich, wie das auch die Erklärungen des Professors Dr. A im Termin am 1. 6. 1981 ergeben haben. Zwar enthalten diese Aufzeichnungen ebenfalls entsprechend anderen Krankenunterlagen den Aufnahmegrund und die Aufnahmemodalitäten, die Anamnese, den Untersuchungsbefund, Angaben über den Verlauf und die Schlußbeurteilung. Nicht zu verkennen ist jedoch, daß in diesen Behandlungsunterlagen der Anamnese notwendigerweise ein besonders breiter Raum eingeräumt wird. Es werden neben Eigen- auch Fremdanamnesen wiedergegeben und Beschreibungen von Aktionen und Reaktionen sowie von Interaktionen zwischen Arzt und Patient wiedergegeben, wobei sich angesichts des Sachgebietes recht häufig medizinische Hypothesen finden, die das Suchen sowie vorläufige und wechselnde subjektive Eindrücke und Meinungen des Arztes, das Erarbeiten einer Diagnose, deren Überprüfung und gegebenenfalls die Korrektur erkennen lassen. Alle diese Besonderheiten können jedoch nicht dazu führen, das Einsichtsrecht des Patienten in psychiatrische Aufzeichnungen grundsätzlich und von vornherein zu verneinen. Denn auch der Psychiater schuldet dem Patienten umfassende Aufklärung und darf Eingriffe nicht ohne die Aufklärung und Information voraussetzende Einwilligung des Patienten vornehmen, wie das vom BGH bereits mehrfach für den Fall der Elektroschockbehandlung entschieden worden ist (vgl. BGH, NJW 1956, 1106; Betr 1966, 1855). Auch der Psychiater muß dem Patienten Befund, Therapie und Prognose darlegen und erläutern. Dabei ergibt sich aus der Eigenart des Fachgebietes, daß gerade die Diagnose oft zweifelhaft, unbestimmt sein und wesentlich auf einer Deutung und Wertung äußerer Umstände beruhen wird und daß sich die Diagnose mehr als sonst als das Ergebnis subjektiver Würdigungen des Arztes darstellt. Deshalb umfaßt die Informationspflicht des Arztes bei psychiatrischer Behandlung auch die Grundlagen der Diagnose und im Grundsatz auch den Weg, der zur Diagnose geführt hat und den der Patient im Zuge der Behandlung ohnehin selbst erlebt hat, wenn das auch von ihm vielleicht nicht oder nur teilweise verarbeitet worden ist.

Fraglich und umstritten ist, ob und gegebenenfalls welche weiteren Gründe das Einsichtsrecht des Patienten einzuschränken in der Lage sind.

Daß das beim Vorliegen der Voraussetzungen des § 104 BGB beim Patienten der Fall ist, liegt klar zu Tage. Wenn ein Patient schon keine wirksame Willenserklärung abgeben kann, kann er auch nicht wirksam Einsichtnahme verlangen. Eine Beschränkung des Einsichtsrechtes kann möglicherweise auch bei einer nur beschränkten Geschäftsfähigkeit in Betracht kommen, wobei eine Diskussion insoweit jedoch nicht erforderlich ist, weil für eine bestehende beschränkte Geschäftsfähigkeit des Kl. nichts spricht und die Bekl. insoweit nichts dargetan hat.

Eine Einschränkung des Einsichtsrechtes wird vor allem aus therapeutischen Gründen diskutiert. Das sogenannte therapeutische Privileg des Arztes soll die Informationspflicht des Arztes im Einzelfall einschränken und damit das Einsichtsrecht des Patienten in die ärztlichen Aufzeichnungen jedenfalls immer dann ausschließen können, wenn die Einsichtnahme – ebenso wie die Information – zu einem Wiederaufleben der Erkrankung oder überhaupt zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes führen kann (vgl. hierzu insb. Deutsch, NJW 1980, 1308; ders., in: Ärztliche Dokumentation in Krankenunterlagen aus der Sicht des Juristen, in: Haftpflichtfragen im ärztlichen Alltag, hrsg. v. Hein, 1980 – s. dort S. 39ff., insb. S. 43).

Der Konflikt zwischen der sich aus dem hippokratischen Eid ergebenden Pflicht des Arztes, zu heilen und dem Wohl des Patienten zu dienen, und dem Recht des mündigen Patienten, in Kenntnis aller Umstände über sich selbst zu bestimmen, erscheint schwer und kaum allgemein lösbar. Doch ist zu bedenken, ob es sich nicht insoweit weitgehend nur um ein theoretisches Problem deshalb handelt, weil die Reaktion des Patienten auf seine Einsichtnahme nur in seltenen Fällen mit einiger Sicherheit oder auch nur Wahrscheinlichkeit vorhersehbar ist, weil ferner bei einem Patienten, der unbedingt über sich selbst Bescheid

wissen will, ein Versteckspiel oder ein „um die Wahrheit Herumreden“ des Arztes möglicherweise gerade schlimmere Folgen haben kann als die Mitteilung der Wahrheit und weil der Patient aus der Art der Behandlung oder Nichtbehandlung ohnehin selbst Schlüsse ziehen kann. Gewiß und mit Recht wird der negative Auswirkungen befürchtende Arzt sich im Informationsgespräch mit dem Patienten zurückhaltend und unklar ausdrücken und den Kern der Dinge zunächst unerwähnt lassen. Fragt der Patient dann nicht weiter nach, wird in aller Regel kein Anlaß dazu bestehen, ihm Informationen aufzudrängen. Ist der Patient mit der eingeschränkten und unklaren Auskunft jedoch nicht zufrieden und verlangt er volle Information, muß der Arzt ihn jedenfalls im Regelfall informieren, selbst wenn er fürchtet, der Patient werde die Wahrheit nicht „verkräften“. Ebenso wie der Patient die Behandlung trotz Hinweises auf die Folgen einer Nichtbehandlung ablehnen darf, also die Freiheit hat, sich insoweit selbst zu schädigen, muß ihm auch die Freiheit und das Recht zustehen, sich durch Kenntnisnahme von der Wahrheit zu schädigen, wenn er das will (im Ergebnis ebenso OLG Bremen, NJW 1980, 644). Dabei muß der Patient allerdings wissen und erfahren, daß der Begriff der Wahrheit auch in der modernen Medizin mit allen ihren Hilfsmitteln ein relativer Begriff ist und daß der menschliche Organismus mitunter auch unerwartet, rätselhaft und auch vom Arzt nicht vorhersehbar reagieren kann.

Einer weiteren Erörterung – insbesondere hinsichtlich der Frage denkbarer Ausnahmefälle – und der abschließenden Entscheidung der Frage der Anwendbarkeit des sogenannten therapeutischen Privilegs bedarf es hier nicht. Für eine solche Entscheidung ist nur dann Raum, wenn ein konkreter Einzelfall die Abwägungen aller konkreten Umstände zuläßt, die für oder gegen die Bejahung des therapeutischen Privilegs sprechen können. Auf der Seite des Arztes ist jedenfalls soviel Vortrag zu verlangen, daß wenigstens eine gewisse Wahrscheinlichkeit dafür besteht, die volle Information des Patienten – einschließlich des Einsichtsrechtes – als gefährlich für den Patienten, also als kontraindiziert, anzusehen. Allgemeine Behauptungen ohne Schilderung zumindest der Äußerungsformen des Leidens, der Diagnose und des Heilerfolges sind nach Entbindung des Arztes von der ärztlichen Schweigepflicht als bloße „Leerformeln“ unerheblich. An jedem auch nur annäherungsweise substantiierten Vortrag der Bekl. fehlt es indessen. Die Bekl. hat sich auch nach der Entbindung der behandelnden Ärzte von der Schweigepflicht durch den Kl. in völlig unzureichender Weise damit begnügt, sich allgemein auf das therapeutische Privileg zu berufen, ohne auch nur einen konkreten Umstand vorzutragen, der es ermöglichen könnte, diese Ansicht nachzuvollziehen oder gar zu überprüfen. Sie hat es ausdrücklich abgelehnt, insoweit Weiteres vorzutragen. Der bloße Verweis der Bekl. auf den Beschluß des VG vom 7. 5. 1980 reicht nicht aus, zumal sich auch in diesem von der Bekl. in Abschrift eingereichten Beschluß lediglich allgemeine Ausführungen finden, die jeden konkreten Bezug vermissen lassen. Der von der Bekl. ohne jegliche Darlegung weiter gegebene Hinweis, durch jede nähere Darlegung seitens der Bekl. würde der Prozeß überflüssig sein, bewegt sich soweit im Bereich spekulativer und nicht prüfbarer Andeutung, daß es eines ernsthaften Eingehens hierauf nicht bedarf.

Ähnliches gilt hinsichtlich der geltend gemachten Besorgnis der Gefährdung der Rechte Dritter. Es mag im Einzelfall möglich sein, daß in Sonderfällen bestimmte Dritte betreffende Angaben in Krankenunterlagen dem Einsichtsrecht nicht unterliegen. Eine nähere Erörterung hierüber ist jedoch deshalb nicht erforderlich, weil es an einer ausreichenden Substantiierung durch die Bekl. dafür fehlt, daß Rechte Dritter beeinträchtigt werden oder werden können. Unstreitig sind in Betracht kommende Dritte – soweit ersichtlich nur die Mutter und der Bruder des Kl. –, die von den Ärzten der Bekl. befragt worden sind, mit der Einsicht durch den Kl. in vollem Umfang einverstanden und haben die behandelnden Ärzte auch von der ärztlichen Schweigepflicht entbunden. Dann aber muß die Bekl. schon konkrete Umstände vortragen, die es erlauben, die Frage der Beeinträchtigung der Rechte Dritter zu beurteilen. Angesichts des Fehlens jeglicher auf den Einzelfall abgestellter Substantiierung dem Bekl. zu folgen, würde praktisch bedeuten, das Einsichtsrecht de facto zu versagen, ein Ergebnis, das wegen der bereits dargelegten Erwägungen nicht vertretbar erscheint. Soweit sich die Bekl. in diesem Zusammenhang darauf beruft, die Einsichtnahme würde einen Eingriff in die Persönlichkeitsrechte Dritter darstellen, trifft das schon deshalb nicht zu, weil es unstreitig ist, daß die Dritten mit der Einsichtnahme einverstanden sind. Die in diesem Zusammenhang von der Bekl. aufgestellte These, auch in einem Arzthaftungsprozeß könnten die Rechte Dritter gewahrt werden, indem volle Einsicht in das Krankenblatt nur vom Gericht beauftragten Gutachtern oder sonstigen zur Verschwiegenheit verpflichteten Personen gewährt werde, ist unzutreffend. Was dem Gutachter vorgelegt wird, muß auch dem

zu. Der Hinweis der Bekl., schutzwürdige Interessen des Arztes seien gerade in der Psychiatrie deshalb zu beachten, weil er oft nur Vermutungen äußere, die im Verlauf der Behandlungen dann revidiert würden, ist unerheblich.

(Mitgeteilt von Richter am KG W. Stahl, Berlin)

Anm. d. Schriftlfg.: Zur Dokumentationspflicht des Arztes vgl. noch Söllner, in: MünchKomm, § 611 Rdnr. 57.

Wahrnehmung beiderseitiger Gefühle angewiesen ist und gegebenenfalls auch eigene Gefühlsreaktionen in den Krankenpapieren vermerkt. Einer Vertiefung dieser Fragen bedarf es indessen nicht; denn abgesehen davon, daß diesem Gesichtspunkt im hier zu entscheidenden Fall nach den Äußerungen des für die Bekl. gehörigen Prof. Dr. A im Termin am 1. 6. 1981 nur eine sehr geringe Bedeutung zukommt, läßt das jede Substantiierung vermissende Vorbringen der Bekl. auch insoweit eine Prüfung der dem Einsichtsrecht möglicherweise entgegenstehenden Rechte eines oder mehrerer behandelnder Ärzte nicht

Gericht vorgelegt werden. Wird es aber dem Gericht vorgelegt, haben auch die Parteien das Einsichtsrecht in die Gerichtsakten und damit in die Teile, die die Bekl. gerade vorenthalten will. Ein ausreichender Vortrag der Bekl. fehlt auch, soweit der Schutz des Arztes selbst in Betracht zu ziehen ist. Es ist nicht auszuschließen, liegt vielleicht sogar bei psychiatrischen Krankenpapieren nahe, daß die Aufzeichnungen Aktionen und Reaktionen des Arztes wiedergeben, der bei dem heutigen Stand psychiatrischen Wissens – worauf Prof. Dr. A besonders hingewiesen hat – mehr und mehr auf die